

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

Ricardo André Alves Coelho

Esterilização involuntária na deficiência intelectual:
responsabilidade social ou melhor interesse da pessoa/
Involuntary sterilization in intellectual disability: social
responsibility or better interest of the person

março, 2017

Ricardo André Alves Coelho

Esterilização involuntária na deficiência intelectual:
responsabilidade social ou melhor interesse da pessoa/
Involuntary sterilization in intellectual disability: social
responsibility or better interest of the person

Mestrado Integrado em Medicina

**Área: Departamento de
Ciências Sociais e Saúde
Tipologia: Monografia**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutor Miguel Bernardo Ricou da Costa
Macedo**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Arquivos de Medicina**

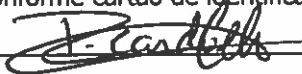
março, 2017

Eu, RICARDO ANDRÉ ALVES COELHO, abaixo assinado, nº mecanográfico 200401623, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, __/__/__

Assinatura conforme cartão de identificação:



NOME

RICARDO ANDRÉ ALVES COELHO

NÚMERO DE ESTUDANTE

200401623

E-MAIL

R.A. ALVESCOELHO@GMAIL.COM

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

ESTERILIZAÇÃO INVOLUNTÁRIA NA DEFICIÊNCIA
INTELLECTUAL: RESPONSABILIDADE SOCIAL OU MELHOR
INTERESSE DA PESSOA

ORIENTADOR

DOCTOR MIGUEL BERNARDO RICO DA COSTA DACELO

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

| | |
|---|-------------------------------------|
| É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE. | <input type="checkbox"/> |
| DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS. | <input type="checkbox"/> |

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, __/__/__

Assinatura conforme cartão de identificação: _____



Dedicatória

Às minhas irmãs Elisabete,

Carla e Paula,

Por todo o amor, por todo o apoio,
por acreditarem.

“...You may say I'm a dreamer

But I'm not the only one

I hope someday you'll join us

And the world will be as one...”

Imagine, John Lennon

Esterilização involuntária na deficiência intelectual: responsabilidade social ou melhor interesse da pessoa

Involuntary sterilization in intellectual disability: social responsibility or better interest of the person

Autores: Ricardo André Alves Coelho

Filiação:

1. Faculdade de Medicina da Faculdade do Porto

Correspondência:

Ricardo André Alves Coelho

Endereço: Rua Fonte Sacra nº 30, 4580-399 Paredes, Portugal

Nº telefone: 918131114

E-mail: r.a.alvescoelho@gmail.com

Contagem de palavras

Texto total: 4537

Resumo em português: 264

Resumo em inglês: 264

Resumo

Apesar dos avanços da sociedade, da inclusão e integração de todos os seus indivíduos, ainda ocorrem desproporcionalidades nos direitos de alguns grupos da sociedade.

A deficiência intelectual (D.I.) consiste numa diminuição das funções mentais acompanhada de alterações do comportamento e desenvolvimento intelectual, tornando estas pessoas mais vulneráveis. Durante a história da humanidade as pessoas mais vulneráveis têm sido vítimas de discriminação e privadas dos seus direitos humanos. Um dos grandes problemas da atualidade respeitante às pessoas com D.I. é a manutenção da sua autonomia, para se expressarem, tomarem as suas decisões e consentirem de forma livre e informada sobre a esterilização. Adicionalmente, a família tem um papel crucial na tomada de decisões, no apoio, cuidado e proteção das pessoas com D.I., sendo que as decisões terão impacto não só na pessoa com D.I. como também nos seus cuidadores. Assim sendo, o interesse da família, pais ou tutores legais também deverá ser tido em conta, ser alvo de atenção e ponderação por parte dos profissionais de saúde, tal como os interesses e os direitos da pessoa com D.I..

A esterilização involuntária é um procedimento presumidamente irreversível em que não há consentimento informado da pessoa, com perda da sua autonomia. O dilema ético entre os princípios da autonomia, beneficência e responsabilidade social assumem grande relevância nesta esfera.

Este trabalho reflexivo pretende abordar algumas questões como a autonomia da pessoa ou a responsabilidade social, o direito à reprodução, a constituir família e aos possíveis motivos mais citados pelos pais e tutores legais para recorrerem à esterilização involuntária.

Palavras-Chave: Esterilização Involuntária, Deficiência Intelectual, Autonomia, Beneficência, Responsabilidade Social

Abstract

Despite the advances in society, the inclusion and the integration of all its individuals, still occur disproportionalities on the rights of some groups in society.

The intellectual disability (ID) is a decline of the mental functions accompanied by changes in behaviour and intellectual development, making these people most vulnerable. During the history of mankind the most vulnerable people have been victims of discrimination and denied of their human rights. One of the big problems of our time relating to people with ID is to maintain their autonomy, to express themselves, to make their decisions and consent on a freely and informed way of sterilization. In addition, family plays a crucial role in decision-making, support, care and protection of people with ID, and the decisions will impact not only on the person with ID but also in their caregivers. Therefore, the interest of the family, parents or legal guardians should also be taken into account, be part of attention and consideration by the part of health professionals, such as the interests and rights of people with ID.

Involuntary sterilization is a presumably irreversible procedure where there is no informed consent of the person with loss of autonomy. The ethical dilemma between the principles of autonomy, beneficence and social responsibility take great importance in this sphere.

This reflective work aims to address some issues such as individual freedom and social responsibility, the right to reproduction, the constitution of family and the possible reasons most often cited by parents and legal guardians to resort to involuntary sterilization.

Keywords: Involuntary Sterilization, Intellectual Disability, Autonomy, Beneficence, Social Responsibility

Introdução

A esterilização involuntária de pessoas com deficiência intelectual (D.I.) é uma temática controversa na sociedade contemporânea com implicações do foro ético, deontológico e jurídico.

A esterilização engloba todo e qualquer procedimento cirúrgico de contraceção de forma irreversível, tais como, laqueação das trompas ou vasectomia (1). Para além da sua definição, torna-se importante a distinção de esterilização voluntária, involuntária e compulsiva. A esterilização voluntária é uma escolha livre e informada da pessoa capaz de consentir e de tomar as suas próprias decisões sobre si mesma para limitar a sua capacidade de ter filhos no futuro. A esterilização involuntária diz respeito a uma pessoa que é incapaz de dar o seu consentimento para o procedimento ou sendo capaz não lhe foi pedido, enquanto a esterilização compulsiva ocorre por ordem judicial (2).

Enquanto tanto homens como mulheres são vítimas de esterilização involuntária, existe uma desproporção entre eles, onde muitas mais mulheres são submetidas a esta prática (3). Esta realidade está espelhada na literatura encontrada, em que os casos reportados e estudos realizados são maioritariamente sobre as mulheres. Possivelmente a razão pela qual a preocupação sobre esta prática estar mais direccionada para as mulheres do que para os homens, advirá dos motivos enunciados pelos pais e tutores legais que justificam a procura por este procedimento com base no evitamento da menstruação e da gravidez.

Ao longo da história muitos termos médicos foram, e ainda são, utilizados para denominar deficiência intelectual, tais como, atraso mental e deficiência mental. Contudo deficiência intelectual tem sido considerado como o termo que menor impacto causará do ponto de vista da discriminação. Seguirá por isso uma tendência mundial dos movimentos que lutam pelos direitos humanos e da inclusão social. Desta forma a linguagem utilizada para descrever as pessoas com D.I. e para refletir sobre seu estado, influi tanto nas nossas expectativas a respeito delas quanto na forma como nos relacionamos com as mesmas, sobrepondo-se a alguns estigmas sociais (4,5).

A deficiência intelectual é caracterizada por uma limitação avaliada por teste de Q.I. (quociente de inteligência) inferior a 70, associada a um déficit das funções adaptativas em pelo menos duas das seguintes áreas, com início antes dos 18 anos de idade: comunicação, recursos linguísticos, aptidões sociais e interpessoais, aprendizagem e aproveitamento acadêmico, autocuidado, tarefas domésticas, trabalho, lazer, saúde e segurança (6,7).

No final do século XIX e início do século XX, a esterilização involuntária de pessoas com D.I. adquiriu grande relevo nos movimentos eugénicos com o intuito de impedir a passagem de traços genéticos para a descendência (8,9).

Várias leis foram aprovadas por todo o mundo, principalmente nos Estados Unidos da América devido aos argumentos eugénicos, onde seria necessário a esterilização para que determinadas pessoas não se reproduzissem e assim desenvolver-se uma sociedade melhor, com benefícios sociais e económicos (10,11). Realizaram-se milhares de esterilizações involuntárias nos Estados Unidos da América e por toda a Europa, principalmente durante a segunda guerra mundial na Alemanha (9).

Atualmente, apesar da implementação de programas e medidas estatais que impeçam a esterilização de pessoas por razões eugénicas, em alguns países como a China e a Índia ainda se realizam esterilizações em alguns grupos sociais, privando-os de um direito, a sua liberdade reprodutiva (9). Apesar de ser uma violação dos direitos fundamentais humanos, ainda se realizam esterilizações involuntárias em certos grupos, tais como pessoas com D.I. (3).

Este trabalho pretende explorar a questão da esterilização involuntária de pessoas com D.I., que levanta diversas questões éticas. Coloca em causa o princípio da autonomia da pessoa e o da beneficência. Do mesmo modo coloca em causa a tomada de decisões por terceiros que têm o dever de agir no melhor interesse da pessoa que representam (12). Levanta ainda questões associadas ao melhor interesse social e das famílias das pessoas com D.I.. Na verdade, coloca-se a interrogação se a pessoa com D.I. terá a capacidade para exercer o

seu direito à autonomia, no sentido em que poderá não possuir o alcance necessário para a compreensão dos fenómenos que a rodeia, dos atos que pratica ou o discernimento para avaliar e prever as consequências das suas decisões (13).

Esta monografia pretende assim levar a uma reflexão entre a autonomia da pessoa, o seu direito à reprodução, e a tomada de decisão por parte de terceiros da esterilização involuntária. Procurou-se focar o dilema entre as vontades expressas em prol da pessoa com D.I. e os direitos inerentes a esta. Serão legítimas e válidas as questões dos pais e tutores legais para recorrerem à esterilização involuntária? Qual a responsabilidade social nesta prática, ou apenas é pelo melhor interesse da pessoa com D.I.?

Materiais e Métodos

Este é um estudo reflexivo que tem por base a abordagem de questões éticas relacionadas com a esterilização involuntária. Para fundamentação da tese, a literatura abordada compreende artigos, pareceres, leis e recomendações de entidades como a Organização Mundial de Saúde como indicado em referência. A pesquisa dos artigos sobre o tema em estudo foi realizada na plataforma Pubmed, na qual foi introduzida a seguinte query:

(((((ethics[MeSH Terms]) OR ethics) OR ethical issues)) AND (((((sterilization[MeSH Terms]) OR sterilization) OR hysterectomy) OR tubal ligation) OR vasectomy)) AND (((((mental retardation) OR mentally handicapped) OR intellectual disabilities) OR mentally disabled) OR intellectual retardation))). Resultaram da pesquisa 177 artigos disponíveis, dos quais foi efetuada a leitura do abstract para critério de exclusão. Foram selecionados 17 artigos.

A restante bibliografia foi obtida por pesquisa em motores de busca e sites, de acordo com o tema abordado, sendo parâmetro de inclusão a data de publicação da informação. Foram incluídas as mais recentes e preponderantes para o assunto tratado.

Foram igualmente utilizadas normas, legislações, pareceres e recomendações referentes ao tema de interesse, obtidos através da plataforma da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Organização Mundial de Saúde e Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Discussão

A esterilização voluntária, como método contraceptivo, é um dos procedimentos mais usados em todo o mundo como opção pessoal ou do casal para controlo da fertilidade (3). Para a sua realização o consentimento livre e informado da pessoa é imprescindível, sendo até defensável que em alguns casos, mesmo com o consentimento da pessoa, o médico se possa recusar a levar a cabo o procedimento.

A autonomia, ou o direito de autodeterminação, é a base do consentimento livre e informado e pressupõe o direito da pessoa para determinar o que será feito com o seu corpo. Contudo as pessoas com D.I. podem não ser capazes de dar o seu consentimento informado, sendo envolvida uma terceira parte para a tomada de decisões, neste caso os princípios da beneficência e da responsabilidade social, interpretada na figura dos interesses da família, tornam-se importantes para as decisões do tratamento médico (14). Quando as pessoas com D.I. são incapazes de prestar o seu consentimento, a família ou os tutores legais atuam como representantes dos seus interesses, uma autonomia representada. Acresce a responsabilidade social, interpretada como a manifestação do interesse da família que poderá não ser coincidente com o interesse da pessoa com D.I..

A esterilização involuntária, quando praticada contra a vontade expressa da pessoa competente para dar o seu consentimento livre e informado é, claramente, uma violação do princípio ético da autonomia não se vislumbrando o respeito pela dignidade humana (15). Contudo na avaliação da pessoa com D.I. para consentir é importante uma abordagem estratificada. Por um lado, avaliando o nível da incapacidade intelectual em leve, moderada ou grave/profunda (16). Das pessoas com D.I. cerca de 87% apresentam D.I. leve, 11% D.I. moderada e 2% D.I. grave/profunda (17). Por outro lado, fazer uma abordagem direccionada para a questão em causa, visto que a incapacidade para tomar decisões pode não ser permanente, nem universal para todas as questões relacionadas com a vida da pessoa com D.I. (17). As pessoas com D.I. leve conseguem com alguma ajuda e apoio familiar e social ter uma vida independente, capazes de tomar decisões informadas (17). Enquanto as

peessoas com D.I. grave/profunda necessitam de suporte e supervisão durante a sua vida, pelo que na maioria das vezes, ainda que não na totalidade, são incapazes de dar o seu consentimento informado nas decisões médicas (16).

Contudo, mais importante que a distinção dos graus de deficiência intelectual é a noção de que esta condição não é sinónimo de incapacidade de decisão da pessoa. Logo, nem todas as pessoas com D.I. são incapazes de dar o seu consentimento livre e informado (15). Será então importante levar a cabo uma avaliação individualizada da pessoa com D.I., da sua capacidade em consentir de uma forma livre e esclarecida, utilizando uma linguagem adequada e adaptada. Do mesmo modo será importante ter a consciência de que se pode ser incapaz de consentir sobre certas questões, mas capaz de consentir sobre outras. O médico, a família, a sociedade ou qualquer outro agente não devem ter uma visão redutora de que deficiência intelectual, incapacidade e incompetência são a mesma coisa (15).

Algumas pessoas com D.I. serão capazes de compreender e consentir em métodos contraceptivos, terapias e outros procedimentos, tal como a esterilização. Do mesmo modo podem ser capazes de avaliar os riscos de doenças sexualmente transmissíveis, as implicações da gravidez, considerar opções e alternativas, tomar decisões informadas e livres baseadas nas próprias considerações; outras preservam a sua capacidade de decisão para certas questões como métodos contraceptivos, mas podem não entender e compreender o que é a gravidez e a procriação. Neste caso, a família, pais e tutores legais desempenham uma função importante neste grupo para ajudar a tomada de decisão; por fim algumas pessoas com D.I. não têm nenhuma capacidade para decidir, tendo aqui um papel preponderante nas decisões a família, que representa, em princípio, os interesses da pessoa com D.I. (18,19).

Sexualidade e educação sexual

A Associação Mundial de Saúde Sexual e a Amnistia Internacional declaram que os direitos sexuais e o direito à reprodução são baseados nos direitos universais humanos, sendo que a sexualidade e a reprodução são aspetos centrais do ser humano e da sua concretização

peçoal (20). Todos devem ter acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva e informação disponível, bem como autonomia na tomada de decisões a nível sexual e reprodutivo (21). Segundo a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais a pessoa com D.I. tem direito aos cuidados médicos e tratamentos adequados, bem como à educação, formação, reabilitação e orientação que lhe permitam desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões (19).

A atual política de integração da pessoa com D.I., que contrasta com a sua institucionalização e o seu isolamento da sociedade no passado, trouxe efeitos benéficos tanto no comportamento como na qualidade de vida das pessoas com D.I., mas esta mudança ainda possui lacunas no que concerne à pouca ou nenhuma formação dos profissionais de saúde para cuidar e informar, principalmente nos cuidados primários de saúde.

Ainda assim pessoas com D.I têm menor acesso aos cuidados primários de saúde, à educação e saúde sexual, informação sobre higiene pessoal, sexualidade e reprodução, em comparação com a restante sociedade (18,22). Em Portugal, nos últimos anos, foram encerrados vários hospitais psiquiátricos, com o objetivo de promover a desinstitucionalização dos doentes. Contudo, esse processo não tem sido acompanhado pela criação de serviços alternativos na comunidade em quantidade suficiente (23). A prestação de cuidados de saúde mental com base na comunidade continua a ser insuficiente, tal como as equipas de saúde mental a funcionar na comunidade são em número reduzido (24).

O exame ginecológico de rotina, parte integrante dos cuidados primários da mulher em idade reprodutiva, pode ser uma experiência traumática para a mulher com D.I. devido à incompreensão do procedimento (17). Várias emoções podem ser despoletadas pela incompreensão e desconhecimento do procedimento médico, tais como medo, raiva, violência e automutilação. A educação sexual da mulher com D.I. e demonstração ilustrada em objetos anatómicos e desenhos tem como objetivo explicar e facilitar uma melhor

compreensão do propósito e das etapas do procedimento, sendo desta forma menos traumatizante (17).

Existe, por vezes, a dificuldade de criar uma relação médico/doente bem-sucedida, treino médico insuficiente para gerir a consulta, bem como também dificuldade de comunicação, compreensão e na forma de partilhar informação sobre temáticas como a sexualidade, reprodução, casamento e procriação (18). Num estudo realizado, pessoas com D.I. afirmaram que não tinham a informação e o conhecimento que gostariam sobre sexualidade, quando comparadas com pessoas com deficiência física ou com a população geral (25). Para além disso o acesso à informação e sua compreensão por vezes não é a mais adequada, conduzindo a erros da perceção da sexualidade por parte das pessoas com D.I. (18).

Deste modo, por vezes, o desinteresse ou desconforto sentido por parte das pessoas com D.I. não advém do pressuposto errado da sua assexualidade ou desinibição sexual, mas sim da falta ou erro de informação obtida, sendo importante por parte do médico saber qual o conhecimento da pessoa, usar uma linguagem adequada e apresentar opções para garantir a compreensão da informação que está a ser passada (18).

Abuso sexual

O abuso sexual é uma das razões mais citadas na literatura para que os pais e tutores legais de pessoas com D.I. recorram à esterilização involuntária. Devido aos problemas de definição, identificação e reportamento torna-se difícil a determinação da prevalência exata das vítimas de abuso sexual, sendo que se estima uma prevalência mais alta na população com D.I. (18). As mulheres com D.I. têm um risco até quatro vezes superior de serem vítimas de abuso sexual comparando com as mulheres da população geral (26). Em relação ao risco de abuso sexual dos homens com D.I. em comparação com os homens da população geral, não foram encontrados dados na literatura. Em Portugal a investigação tem

mostrado que as mulheres com deficiência estão mais expostas à violência de gênero do que os homens com deficiência (27)

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida refere que a decisão por uma medida tão extrema e irreversível como a esterilização involuntária no caso de abuso da pessoa vulnerável, demonstra a falta de medidas de suporte sociais imprescindíveis à defesa, proteção e apoio da pessoa com D.I. (28).

A educação sexual orientada para a pessoa com D.I. sobre a fisiologia básica da reprodução, diferenças de gênero, comunicação e informação sobre intimidade, sexualidade e informação sobre relações sexuais e proteção sexual, poderá prevenir abusos sexuais. Contudo não foram encontrados dados quanto à aplicação dessas medidas (18). Em Portugal, o plano nacional contra a violência doméstica de 2017, reconhece que as mulheres com deficiência são um grupo particularmente vulnerável. Contudo, na prática, e apesar de previstas, não têm sido implementadas quaisquer medidas específicas de proteção e prevenção nas situações de violência e abuso.

Alternativamente a pessoa com D.I. pode preferir obter aconselhamento junto da sua família. Sabe-se que nem sempre as convicções ou opiniões dos familiares vão de encontro aos da pessoa. Nesse sentido, estas temáticas poderão ser abordadas em conjunto durante uma consulta se for esta a vontade da pessoa com D.I., ainda que o direito à privacidade da pessoa com D.I não esteja em causa (18).

Uma educação sexual orientada no sentido da prevenção do abuso sexual será sempre importante, independentemente de ser difícil de quantificar os seus resultados. Do mesmo modo, promover o respeito da sociedade, o apoio e acompanhamento social, ou seja, os suportes indispensáveis a pessoas especialmente vulneráveis aos abusos sexuais, sabendo-se que a esterilização involuntária, não previne nem impede o abuso sexual (28). Podendo inclusivamente promover uma atitudes mais despreocupada, ainda que involuntariamente, em relação a isso mesmo. Por outro lado, pessoas com D.I. também têm

atividade sexual consentida, e são capazes de tomar decisões informadas sobre a sua sexualidade e desejo sexual (18). Aliando o facto de o abuso sexual ser mais prevalente nas pessoas com D.I. e o facto de respeitar o direito à sua sexualidade e atividade sexual consentida, cria-se uma tensão difícil para avaliar as diferentes situações. Uma monitorização da pessoa sobre a sua atividade sexual, o seu conhecimento sobre a educação sexual e as suas expetativas, utilizando uma linguagem acessível pode ajudar na identificação dos casos de abuso. Neste contexto a família também tem um papel importante na identificação dos casos. Não se poderá ainda esquecer que por vezes o abuso pode ter lugar no seio familiar, aumentando a importância de que uma parte da consulta seja conduzida apenas entre o médico e a pessoa com D.I. (18).

Métodos contraceptivos

A esterilização involuntária é também utilizada como método contraceptivo. Do mesmo modo, o controlo e higiene menstrual, da síndrome pré-menstrual e dos distúrbios menstruais, aliados a uma desinibição sexual difícil de controlar e monitorizar são outras das motivações (7).

Pode ser difícil a aplicação de um método contraceptivo apropriado devido às opções de toma diária, via oral, contraindicações ou a incerteza da eficácia (18). Contudo com o evoluir da ciência, diferentes métodos contraceptivos estão disponíveis e devem ser abordados como opções de tratamento, tais como, os anticoncepcionais orais, adesivos transdérmicos ou injetáveis tendo estes últimos o benefício de ter aplicação mensal. Os dispositivos intrauterinos são outra alternativa menos mutilante para a mulher com D.I. em comparação com as opções cirúrgicas. Estes procedimentos médicos têm o benefício de, para além de menos mutilantes, serem reversíveis.

As opções cirúrgicas, tais como ablação endometrial, laqueação das trompas ou histerectomia apenas devem ser abordadas quando os métodos anteriores não surtiram o efeito desejado. Os riscos e custos dos procedimentos cirúrgicos são desproporcionados em

relação ao benefício tendo em conta as alternativas médicas disponíveis atualmente. Sendo que estes métodos cirúrgicos que provocam a esterilização da mulher podem conduzir a um descuido por parte dos cuidadores em relação a abusos sexuais, visto que uma possível gravidez já não é tida em conta.

Apesar das recomendações da Comissão das Nações Unidas dos Direitos Humanos contra a esterilização involuntária, alguns autores defendem este procedimento como último recurso da contraceção, nos casos em que há risco de vida para a pessoa com D.I. devido a distúrbios menstruais e quando todas as outras opções se demonstraram inviáveis (15).

Ainda assim, a informação e formação dos pais/tutores legais, e mesmo das pessoas com D.I. sobre os métodos contraceptivos, medidas de conforto e alívio sintomatológico, educação e higiene, mudança de comportamentos, apoio e suporte domiciliário por parte dos pais/tutores legais podem providenciar as soluções para as necessidades das pessoas com D.I. (7,18). Sendo o papel do médico avaliar os casos individualmente e integrar e adaptar medidas que potenciem o bem-estar da pessoa e manutenção da sua autonomia e respeito pelos seus direitos.

Reprodução

A esterilização involuntária vai contra o direito à reprodução. Porém, existem pessoas com D.I. incapazes de consentir nas relações sexuais e casamento e que por isso não terão interesse em procriar ou as competências necessárias para compreender em pleno a gravidez e educação dum filho (15,19). Para além disso é importante ter em conta a responsabilidade social, quanto às vontades e necessidades da família perante os encargos extras que envolve a criação de um novo ser humano no seio familiar da pessoa com D.I., quando incapaz de promover o desenvolvimento deste novo ser.

Por vezes, existe a crença de que as pessoas com D.I. nunca serão capazes de manter uma relação estável ou cuidar de um filho (15). Os pais/tutores legais relatam também o medo de

terem de assegurar os encargos e suporte, caso a pessoa com D.I. seja incapaz de criar um filho (18).

As pessoas com D.I. que constituem família e têm filhos podem enfrentar algumas dificuldades como discriminação, preconceitos em relação à capacidade das pessoas com D.I. em criar um filho, o que pode levar a um maior zelo por parte da proteção de menores, e maior probabilidade de perder a custódia dos filhos. Em termos sociais é importante existirem suportes e serviços disponíveis para auxiliar e promover uma parentalidade bem-sucedida (18). Os filhos de pais com D.I. são removidos com mais frequência do seu seio familiar do que as outras crianças, mesmo quando medidas sociais de apoio e suporte familiar foram postas em prática ou a negligência parental não foi provada (26,29).

Em alguns casos, as pessoas com D.I. grave/profunda são incapazes de manter uma relação estável ou promover um seio familiar recetivo a acolher um filho e criá-lo. Tornam-se por isso meros pais biológicos de um filho que não compreendem em toda a sua extensão, tornando-o órfão logo à partida. Contudo às pessoas com D.I. capazes de constituir família e procriar não lhes devem ser negados os seus direitos. Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, as pessoas com D.I. têm o direito à igualdade e à não discriminação, incluindo o direito a constituir família, o direito à reprodução, à assistência social, médica e educação sexual (3). Tornando-se assim importante a criação de serviços que permitam apoiar os pais com D.I. no exercício das suas responsabilidades parentais.

O estudo de avaliação do impacto dos planos de austeridade nos direitos das pessoas com deficiência mostra que, em Portugal, desde 2009, as organizações das pessoas com deficiência, e particularmente as entidades que prestam serviços específicos foram confrontadas com alterações legislativas que impuseram a redução do financiamento público. Entre 2009 e 2011, a despesa pública com formação profissional na área da reabilitação foi reduzida em 62%, sem que tenha havido investimento significativo na formação inclusiva. Os cortes no financiamento das organizações das pessoas com deficiência comprometem seriamente a sua capacidade para disponibilizar informações

sobre os direitos sociais e económicos, aconselhamento dos seus membros, ou mesmo para defender os seus direitos.

A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência reconhece as valiosas contribuições feitas pelas pessoas com deficiência para o bem-estar geral e diversidade da sua comunidade. A promoção do pleno gozo pelas pessoas com deficiência dos seus direitos e liberdades fundamentais tal como a plena participação por parte delas irão resultar num sentido de pertença reforçado e em vantagens significativas no desenvolvimento humano, social e económico da sociedade (30).

Em 2016 o Comité da Organização das Nações Unidas avaliou a implementação da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal, em resposta a um relatório na área da deficiência em que demonstrava a preocupação em diferentes áreas de interesse, uma delas, o artigo sexto referente à situação das mulheres com deficiência. Abordando a falta de reconhecimento do risco de discriminação múltipla para as mulheres com deficiência, a fraca proteção contra a violência e a invisibilidade das questões ligadas aos direitos sexuais e reprodutivos (31).

A legislação portuguesa continua a contrariar a Convenção, e os princípios de direitos humanos, no que respeita ao reconhecimento da capacidade jurídica, neste caso às pessoas com D.I., que por vezes estão submetidas ao regime de interdição ou inabilitação, desta forma podem ser impedidas de exercer alguns direitos como votar, casar, constituir família ou gerir bens e património, comprometendo seriamente a sua independência e capacidade de decisão.

.

Conclusão

A esterilização involuntária é uma violação da integridade humana e dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde, o direito à informação, o direito à privacidade, o direito a tomar decisões sobre si e o seu corpo, o direito à reprodução, o direito a constituir família, o direito a não discriminação (3). A integridade moral e física das pessoas é inviolável (31).

Adicionalmente, a esterilização involuntária vai contra o princípio do respeito pela autonomia, de que decorre o consentimento livre e informado da pessoa. Será difícil avaliar o nível de beneficência e a responsabilidade social da realização deste procedimento em pessoas com D.I. incapazes de dar o seu consentimento informado (21). Cria-se pois um dilema entre o respeito pela autonomia, o direito à reprodução da pessoa com D.I. em contraponto com o princípio da beneficência e os direitos dos pais/tutores legais que sentem agir no melhor interesse da pessoa, mas que também sentem repercussões diretas nas suas vidas (3,12).

Deve ser feita uma avaliação individual da competência da pessoa com D.I. para diferentes questões da sua vida, tais como sexualidade, métodos contraceptivos, gravidez e procriação. Esta avaliação não é estanque, podendo a pessoa com D.I. ser capaz de tomar decisões informadas sobre umas questões e outras não. A família, pais e tutores legais devem ser parte integrante, sobretudo quando a pessoa com D.I. é incapaz de tomar decisões informadas. A inclusão dos representantes na tomada de decisões é a assunção de que ainda assim o seu conhecimento próximo sobre a pessoa é importante para definir o bem da pessoa, pelo que poderemos falar de uma autonomia representada da pessoa com D.I..

As mulheres com D.I têm sido vítimas de esterilização involuntária, mais do que os homens com D.I. e do que as mulheres da população geral, sendo o grupo mais suscetível de ser submetido a estas práticas devido a medos expressos pelos pais/tutores legais como, abuso sexual, menstruação e higiene, gravidez, encargos sociais e financeiros (15,17).

Para além disso, torna-se fundamental desenvolver um sistema de apoio social à tomada de decisão que permita a proteção dos direitos das pessoas com D.I. incapazes de prestar o seu consentimento.

Sendo a falta de formação dirigida aos profissionais de saúde e técnicos sobre direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com D.I. uma problemática descrita, é necessário promover a formação de profissionais para a saúde sexual e reprodutiva das pessoas com D.I. bem como reforçar as políticas, os programas e os serviços de apoio para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos (33).

Promover ações de sensibilização destinadas aos familiares, pais e tutores das pessoas com D.I. e sobre questões relacionadas com sexualidade, reprodução, gravidez, família, maternidade ou paternidade, relações interpessoais e também direitos humanos. A criação de serviços públicos para apoiar os pais com deficiência intelectual no desenvolvimento das suas responsabilidades parentais (por exemplo, regime de assistência pessoal) poderá auxiliar e otimizar as capacidades destes para formar família e procriar. Apesar de ainda serem realizadas esterilizações involuntárias em último recurso em determinadas situações selecionadas, estas devem ser avaliadas por uma equipa especializada e multidisciplinar de médicos, com pareceres da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida e autorização judicial. Mesmo assim a Organização Mundial de Saúde alerta para a violação dos direitos fundamentais, constituindo uma forma de discriminação, uma violação da dignidade humana, uma forma de tortura corporal (3).

Na abordagem dos métodos contraceptivos da pessoa com D.I., principalmente quando incapaz de consentir, as várias opções médicas contraceptivas devem ser utilizadas em detrimento das opções cirúrgicas que presumivelmente conduzem irreversivelmente a uma esterilização. Atualmente os métodos contraceptivos médicos possuem diferentes modalidades no número de tomas, vias de aplicação, adicionalmente são reversíveis e menos mutilantes do que as opções cirúrgicas.

Será muito difícil criar normas objetivas para definir o nível de autonomia da pessoa com D.I., independentemente dos critérios formais e jurídicos que possam determinar a interdição da pessoa. Existirá sempre espaço para uma necessária avaliação subjetiva por parte do médico, que visa a defesa dos interesses da pessoa com D.I..

A relação médico/doente é um aspeto chave da prática clínica e tratamento do doente. É um processo complexo e subjetivo, onde há expectativas tanto do médico como do doente. Um dos efeitos colaterais de uma relação médico/doente deficitária, pouco comunicativa ou mesmo inexistente, é a falta de colaboração do doente, o desinteresse e a recusa terapêutica.

Torna-se assim importante na construção e manutenção desta relação uma compreensão por parte do médico das dimensões do doente e valorização das necessidades do doente, dos seus direitos e vontades, do doente como um todo, inserido na sociedade.

Bibliografia

1. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists disponível em:
<http://www.acog.org>
2. Calibey KA. Nonconsensual sterilization of the mentally retarded—analysis of standards for judicial determinations. *West New Engl Law* 1981; Rev 3: 689–714.
3. World Health Organization. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Disponível em:
www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en.
4. Sassaki RK. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? *Revista Nacional de Reabilitação* 2005, ano IX, mar/abr n. 43, p.9-10.
5. Barton L. A posição das pessoas com deficiência. In: BROGNA, P. (Org.) *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: FCE 2009. p. 123–135.
6. American Association on Intellectual Developmental Disabilities. Definition of Intellectual Disabilities. Disponível em: <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.UjosLNit-VM>.
7. Paransky OI, Zurawin RK. Management of menstrual problems and contraception in adolescents with mental retardation: a medical, legal and ethical review with new suggested guidelines. *J pediatr adolesc gynecol* 2003, 16:223-235.
8. Sowa NA, Rosenstein DL. Medically necessary sterilization of a minor with intellectual disability: a case report and historical perspective. *NCMJ* 2015, vol.76 no.1.
9. Reilly PR. Eugenics and involuntary sterilization: 1907–2015. *The annual review of genomics and human genetics* 2015,16:351–68.
10. Reilly PR. Involuntary sterilization in the united states: a surgical solution. *Q Rev Biol* 1987, 62:153–170.

11. Larson EJ, Nelson LJ. 1992. Involuntary sexual sterilization of incompetents in Alabama: past, present, and future. *Ala Law Ver* 1992, 43:399–444.
12. Caralis D, Kodner IJ, Brown DE. Permanent sterilization of mentally disabled individuals: A case study. *Surgery* 2009, vol.146, No5.
13. Miranda AJ. Bioética e saúde mental: no limiar dos limites. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt>
14. Begun H. Empirical analysis of sterilization of mentally handicapped individuals in the united states. *Journal of student nursing research* 2008, Vol 1
15. Diekema DS. Involuntary sterilization of persons with mental retardation: na ethical analysis. *Mental retardation and developmental disabilities* 2003, 9: 21–26.
16. Daily DK, Ardinger HH, Holmes GE. Identification and evaluation of mental retardation. *Am Fam Physician* 2000. 61 (4): 1059–67, 1070.
17. Katalinić S et al. Reproductive rights of mentally retarded persons. *Psychiatria Danubina*, 2012, Vol. 24, No. 1, 38–43.
18. Greenwood NW, Wilkinson J. Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *International Journal of Family Medicine* 2013.
19. Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais, proclamada pela resolução 2856 (XXVI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de Dezembro de 1971. Disponível em: direitoshumanos.gddc.pt
20. World Association for sexual health. Declaração dos direitos sexuais. Disponível em: <http://spsc.pt/wp-content/uploads/2017/01/DIREITOS-SEXUAIS-WAS.pdf>.
21. Amnistia Internacional. Direito à saúde sexual e reprodutiva. Disponível em: http://amnistia.pt/files/MeuCorpoMeusDireitos/Direito_Saude_Sexual_e_Reprodutiva.pdf.
22. Insogna I, Fiester A. Sterilization as last resort in women with intellectual disabilities: protection or disservice?. ajog.org.

23. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. 2015. Disponível em:
https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental__ver_sao_publicar__v.2.pdf.
24. Almeida JM, Mateus P, Xavier M, Tomé G. Join Action on Mental Health and Well-being: Towards a Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care. Análise da situação em Portugal. 2015. Disponível em
http://spgg.com.pt/UserFiles/file/23_09_15report_JA_em_PORTUGUES.pdf
25. McCabe MP. Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability* 1999, vol. 17 no. 2, pp. 157–170.
26. Tilley E, Earle S, Walmsley J, Atkinson D. The Silence is roaring: sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities. *Disability and Society* 2012, 27(3) pp. 413–426.
27. Pinto PC, Cunha M J, Cardim ME, Amaro F, Veiga C, Teixeira, D. Monitorização dos Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência em Portugal: Relatório Holístico. Lisboa 2004: ISCSP. Disponível em:
<http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/151-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-das-pessoas-com-defici%C3%Aancia-em-portugal>
28. Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer 35/CNECV/01 Laqueação de trompas em menores com deficiência mental profunda. Disponível em: www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273057418_P035_LaqueacaoTrompas
29. So who's normal? the relationship between policy and practice in the care of people with ID.. Disponível em: www.aph.gov.au/DocumentStore.
30. Convenção Sobre Os Direitos Das Pessoas Com Deficiência, adoptada a 13 de Dezembro de 2006 (resolução A/RES/61/106). Disponível em:
<http://www.inr.pt/content/1/1187/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>

31. Observatório de Deficiência e Direitos Humanos. Implementação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal. 2016. Disponível em: oddh.iscsp.utl.pt
32. Constituição da República – Título II: Direitos, liberdades e garantias – Capítulo I: Direitos, liberdades e garantias pessoais: Artigo 25º Direito à integridade pessoal e Artigo 36º Família, casamento e filiação.
33. Observatório da Deficiência e Direitos Humanos. Relatório Paralelo sobre a Monitorização dos Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal. 2015. Disponível em <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/atividades/relatorio-paralelo/item/187-oddh-coordenou-%E2%80%98relat%C3%B3rio-paralelo%E2%80%99-sobre-a-conven%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-das-pessoas-com-defici%C3%Aancia-em-portugal>.

Agradecimentos

O meu especial agradecimento ao Doutor Miguel Bernardo Ricou da Costa Macedo que me coordenou nesta tese e teve um papel fundamental na conclusão desta etapa da minha vida, o Mestrado Integrado em Medicina.

Foram muitos os que percorreram este trilha comigo, agradeço aos meus colegas de curso, os quais me ajudaram nas minhas dificuldades e festejaram as minhas vitórias.

Aos meus professores que partilharam os seus ensinamentos, as suas experiências e os seus conselhos, ajudando assim a tornar-me um melhor médico.

Agradeço aos meus amigos, que pouco ou nada entendem de medicina, mas muito entendem de mim. Obrigado por toda a ajuda.

À minha família, pedra basilar, não apenas nestes anos, mas em toda a minha vida, um muito obrigado.

Anexos

Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: www.icmje.org).

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção. Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés. Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra. Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou χ^2 , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-

-se como $p < 0,0001$.

Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

• †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing, safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2) 89-97.

5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 - 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word®, formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.